

BEITRÄGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

MITTHEILUNGEN AUS DEN CHIRURGISCHEN KLINIKEN

ZU

Basel Breslau Budapest Freiburg Genua Heidelberg Innsbruck Leipzig
München Prag Rostock Strassburg Tübingen Würzburg Zürich

UND DEN CHIRURGISCHEN ABTEILUNGEN

DES

Städtischen Krankenhauses in Altona Frankfurt a. M. Karlsruhe Augusta-
Hospitals in Berlin Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg Diakonissen-
hauses in Stuttgart Kantonspitals in Münsterlingen

Herausgegeben von

O. v. Angerer (München) B. v. Beck (Karlsruhe) C. Brunner (Münsterlingen)
P. v. Bruns (Tübingen) V. Czerny (Heidelberg) C. Garré (Rostock)
V. v. Hacker (Innsbruck) O. Hildebrand (Basel) P. Kraske (Freiburg)
F. Krause (Altona) R. U. Kroenlein (Zürich) H. Kümmell (Hamburg)
H. Lindner (Berlin) O. Madelung (Strassburg) J. v. Mikulicz (Breslau)
G. F. Novaro (Genua) J. Réczey (Budapest) L. Rehn (Frankfurt a. M.)
C. Schönborn (Würzburg) K. Steintal (Stuttgart) F. Trendelenburg (Leipzig)

A. Wölfler (Prag)

Redigiert von

P. v. BRUNS

FÜNFUNDZWANZIGSTER BAND

MIT 31 ABBILDUNGEN IM TEXT UND ZWEI TAFELN

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG
TÜBINGEN 1899

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG

AUS DER

STRASSBURGER CHIRURGISCHEN KLINIK

DES PROF. DR. MADELUNG.

II.

Ueber die Lage und die Erkrankungen der Wangen-
lymphdrüsen.

Von

Dr. Hans Buchbinder,

Assistent der Klinik.

(Mit 4 Abbildungen.)

Bei den mannigfachen und zahlreichen krankhaften Prozessen, welche sich an der Gesichtshaut, in der Mund- und Nasenhöhle abspielen, werden vornehmlich die präaurikularen, die retromaxillaren, die submaxillaren und die sublingualen Lymphdrüsen sekundär mit-ergriffen. Aber nicht selten werden auch einige unansehnliche Lymphdrüsen in Mitleidenschaft gezogen, denen man bisher fast allgemein nur geringe Beachtung geschenkt hat. Es sind dies eine Anzahl kleiner, in der Wangengegend gelegener Lymphdrüsen, deren Lage und Erkrankungsformen zur Vermeidung diagnostischer Schwierigkeiten und Fehler bekannt sein muss.

Im Jahre 1892 hat Poncet auf Wangenlymphdrüsen-schwellungen aufmerksam gemacht und an der Hand einer Reihe von Fällen

die Adénite génienne von seinen Schülern Albertin¹⁾ und Vigier²⁾ beschreiben lassen.

Poncet wird nicht der erste gewesen sein, welcher eine Erkrankung der Wangenlymphdrüsen erkannt und richtig gedeutet hat. Herr Prof. Madelung erzählte mir, dass er 1872 gelegentlich eines Falles von Wangendrüsentuberkulose bei einem jungen Mädchen nach Ausschliessung aller anderen möglichen Affektionen dieser Gegend dieselbe richtig gedeutet habe, dass er seitdem in klinischen Vorlesungen oft Gelegenheit genommen habe, auf dieses Leiden aufmerksam zu machen. Ganz ebenso werden sicher viele andere Chirurgen das Leiden gekannt haben. Jedenfalls aber kommt Poncet das Verdienst zu, die Pathologie der Wangenlymphdrüsen zuerst eingehender besprochen und zur allgemeinen Kenntnis gebracht zu haben.

Aber auch nach Poncet's Mitteilungen hat das nicht seltene Krankheitsbild Eingang in unsere Lehrbücher der Chirurgie bisher nicht gefunden. Nur in dem neuen französischen Lehrbuch von Le Dentu und Delbert finde ich, dass Arron³⁾ auf die Erkrankung der in der Wange gelegenen Lymphdrüsen hinweist.

Der Grund dafür wird wohl nicht zum wenigsten darin zu suchen sein, dass eine klare anatomische Unterlage fehlt. Denn nicht allein in den Lehrbüchern der Anatomie, sondern auch in den neueren Werken, die sich speziell mit den Lymphdrüsen und dem Lymphgefäßsystem beschäftigen, vermisst man Angaben über Lymphdrüsen in der Wangengegend.

So giebt Luschka⁴⁾ nur an, dass die oberflächlichen Lymphgefäße des Gesichts einige dickere Stämme bilden, welche in der Richtung der Vena facialis anterior schräg durch das Gesicht herabsteigen, die Lymphgefäße der Stirn, der Augenlider, der äusseren Nase, der Wange, der Lippen und des Kinnes aufnehmen und mit 5—8 Glandulae submaxillares in Verbindung treten. Ebenso lässt Sappey⁵⁾ die Lymphgefäße der Wange direkt in die Submaxillardrüsen münden.

1) Albertin. Des adénites géniennes. Arch. Prov. de Chir. 1895, t. IV. Nr. 4, p. 259.

2) Vigier. Des adénites géniennes. Thèse de Lyon 1892. Gaz. hebdom. de méd. et de Chir. 1892. Nr. 34.

3) Le Dentu et P. Delbert. Traité de Chirurgie clinique et opératoire. Bd. VI. Paris 1890. p. 193.

4) Luschka. Die Anatomie des Menschen. Tübingen 1865.

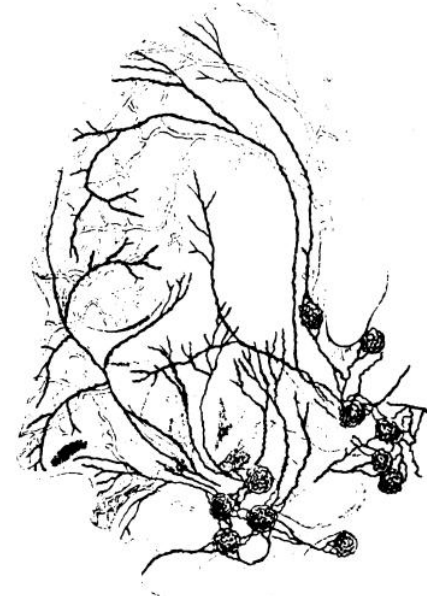
5) Sappey. Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et les vertébrés. Paris 1885.

Und doch finden wir bereits im vorigen Jahrhundert die Wangenlymphdrüsen beschrieben und ihre Lage gut gekennzeichnet. Mittelst sorgfältig hergestellter Injektionspräparate der Lymphgefäße des Gesichts konnte Paolo Mascagni¹⁾ Lymphdrüsen in der Wange nachweisen und in seinem 1787 erschienenen Atlas abbilden.

Ich gebe die Tafel des seltenen Buches in verkleinertem Massstabe als Skizze hier wieder (Fig. 1).

Mascagni beschreibt „glandulae basi maxillae inferioris inter musculum masseterem ac depressorem angulioris sitae, quae recipiunt lym-

Fig. 1.



phatica ex genis, fronte, palpebris, nasolabiis, mento, faucibus ac gin-

1) Paolo Mascagni. Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia 1787. Tab. XXVI. Fig. 1.

givas prodeutes- und fügt in der Anmerkung über sie hinzu: *Glandulae situ pariter et numero variant. Quae etenim super externa maxillae inferiores facie inter musculus masseterem et depressorem anguli oris sedent, saepe desiderantur, tunc vero lymphatica omnia easdem pervadere solita directe properant ad eas, quae inter maxillam inferiorem et musculus biventre locantur.*

Nonnunquam inveniuntur aliae parvae glandulae juxta venam facialem ordinatae in pinguedine demersae, quae musculus buccinatore tegit.

Cum hae diversae glandularum cohortes morbo afficiuntur, inspecta lymphaticorum ad eas properantium origine, dilucide patet ubinam remedia applicanda sint, ut ipsarum affectus discutiantur. Quod etiam de colli glandulis intelligendum est, cum illarum vasa ad haec constanti lege descendant*.

Wenn man nach dem völligen Uebergehen dieser Drüsen in späteren anatomischen Werken urteilen wollte, könnte man annehmen, dass ihr Vorkommen ein sehr inkonstantes wäre. Es ist aber zu bedenken, dass die Möglichkeit des Uebersehens und des Nichtauffindens bei der Kleinheit der Gebilde eine recht grosse ist, zumal sich die Lymphgefässe der Wange wegen der leichten Zerreislichkeit ihrer Wandungen nur schwer und unvollständig injizieren lassen.

Jedenfalls wird klinisch eine Erkrankung der Wangenlymphdrüsen durchaus nicht selten beobachtet.

Als Poncet auf die Vermutung kam, es könne sich bei einigen charakteristischen Krankheitsbildern an der Wange um eine Lymphdrüsenkrankung handeln, zog er bei französischen Anatomen Erkundigungen ein, ob die Existenz solcher Gebilde in der Wange bekannt sei.

Debierre¹⁾ teilte ihm mit, dass er ein oder zwei Lymphgefässe im Verlaufe des Ductus Stenonianus gesehen habe, die in eine oder zwei linsengrosse Lymphdrüsen mündeten; diese lagen auf der äusseren Seite des Musculus buccinatorius unter der oberflächlichen Aponeurose dort, wo der Ductus Stenonianus den Muskel durchbohrt. Die von diesen ausgehenden Lymphgefässe drangen teils in den Muskel ein, teils führten sie zu den Submaxillardrüsen, teils auch der Lippen- und Unterkiefergegend.

Tillaux²⁾ fand eine Lymphdrüse in der Nähe der Vena facialis anterior in einem Raume, der lateral begrenzt wird vom vorderen Rande des Musculus masseter, unten von dem unteren Rande des Unterkiefers, oben von der Umschlagsfalte der Schleimhaut der Wange auf das Zahnfleisch und medial von dem seitlichen Kinnteil.

1) Vigier l. c. p. 14.

2) Vigier l. c. p. 14.

Auch Testut¹⁾ hatte Wangenlymphdrüsen beobachtet. In einem Falle fand er eine solche auf einer Linie liegend, welche man vom inneren Augenwinkel zum vorderen unteren Winkel des Musculus masseter ziehen kann, und zwar an der Grenze vom oberen zum mittleren Drittel nahe den Vena facialis. Ein zweites Mal lag sie in der Nasenwangenfalte. Exceptionnellement on rencontre quelques ganglions à la face: ils sont toujours de petites dimensions et se disposent ordinairement le long de la veine faciale. J'en ai observé un sur une jeune femme d'une trentaine d'années, dans le sillon naso-génien du côté droit*.

Endlich achtete, infolge einer Anregung von Poncet, Jaboulay²⁾, auf die Wangenlymphdrüsen und konnte sie an der Leiche eines tuberkulösen Mädchens erkrankt auffinden. Drei kleine Lymphdrüsen waren hyperplasiert; sie lagen über dem unteren Rande des Unterkiefers zwischen und in der Nähe der Vena und Arteria facialis, mehrere Millimeter von einander entfernt, die unterste unmittelbar über der Mitte der äusseren Unterkieferfläche, die mittlere in der Höhe des Alveolarrandes des Unterkiefers und die dritte lag der äusseren Fläche des Musculus buccinatorius auf, mehr oder weniger über der horizontalen Verlängerungslinie der Mundspalte. Unter dem subkutanen Zellgewebe gelegen, waren sie beweglich und hatten die Grösse eines Getreidekorns bis einer Erbse. Die histologische Untersuchung liess die typische Struktur des Lymphdrüsen gewebes feststellen.

Vigier³⁾ schlägt vor, diese Lymphdrüsen entsprechend ihrer Lage zu benennen und wählt für die Drüsen auf der äusseren Fläche des Unterkiefers die Bezeichnung ganglions masséterins wegen ihrer Lage nahe am vorderen Rand des Musculus masseter. Für die Lymphdrüsen in der Höhe des Mundwinkels hat er die Benennung ganglions commissuraux gewählt, und schliesslich will er die höher oben gelegenen Lymphdrüsen wegen ihrer Lage auf dem Oberkiefer ganglions malaires ou sous-orbitaires genannt haben.

Ausgehend nun von der Ansicht, dass millimetergrosse Gebilde bei genauer Durchsuchung der angegebenen Gebiete dem Auge nicht entgehen könnten, versuchte ich an der Leiche präparatorisch diese Wangendrüsen nachzuweisen. Dank der Güte des Herrn Prof. Schwalbe war mir im hiesigen anatomischen Institut Gelegenheit gegeben, an mehreren Köpfen, deren Arterien injiziert waren, diese Untersuchungen zu machen.

Nach Wegnahme der Haut wurde das subkutane Fettgewebe in dünnen durchscheinenden Lamellen schichtenweise abpräpariert, die Arteria maxil-

1) Testut. Traité d'anatomie humaine deuxième édition. t. II. p. 300.

2) Vigier l. c. p. 16.

3) Vigier l. c. p. 17.

laris externa und die Vena facialis anterior sorgfältig freigelegt und das Gebiet zwischen diesen Gefässen und um dieselben herum auf das Genaueste durchsucht.

Die Venae frontales und palpebrae superiores vereinigen sich bekanntlich am inneren Augenwinkel zur Vena angularis, welche in ihrem Verlaufe in der Nasenwangenfalte die Venae nasales externae, palpebrae inferiores und labiales superiores aufnimmt. Unter dem Musc. zygomaticus verlaufend, gelangt sie hinter den Mundwinkel, empfängt den Abfluss aus den Venae labiales inferiores und submentales und geht am vorderen Rand des Musculus masseter entlang zum Unterkieferrand, um am Halse mit der Vena facialis posterior zusammen die Vena facialis communis zu bilden. Schon bei der Herstellung der ersten Präparate gelang es mir, die verschiedenen Lymphdrüsen, welche die oben angeführten Beobachter gelegentlich gesehen hatten, aufzufinden und die Lage derselben zu bestimmen.

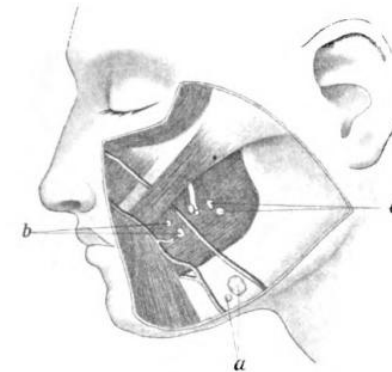
Ich fand zunächst auf der äusseren Fläche des Unterkiefers in dem Räume, der begrenzt wird von dem vorderen Rande des Kaumuskels, vom unteren Rande des Unterkiefers, vom Alveolarrand und von der seitlichen Kinnmuskulatur unter dem Platysma myoides zwei Lymphdrüsen (Fig. 2 und 3 a), teils über, teils medial neben der Vena facialis anterior lateral von der Arteria maxillaris externa gelegen, etwa $\frac{1}{2}$ cm oberhalb des unteren Kieferrandes. In einem Falle waren beide gleich gross, 0,45 cm breit und 0,3 cm lang, in anderen Fällen hatte die eine einen Durchmesser von 0,65 cm, die andere kleinere einen Durchmesser von 0,25 cm. Einmal fand ich sie übereinander, ein anderesmal nebeneinander liegend (s. Fig. 2 und 3 a). Diese Lymphdrüsen dürften dieselben sein, welche Tillaux beobachtet und teilweise auch Jaboulay gefunden hat.

Weiterhin waren aber auch auf dem Musc. buccinatorius zwei Lymphdrüsen (Fig. 2 b) für mich auffindbar, welche einige Millimeter von einander entfernt und übereinander lagen. Sie waren annähernd rund und lagen dem Musc. buccinatorius locker auf. Die untere hatte einen Durchmesser von 0,25 cm, befand sich etwa 0,35 cm medial von der Vena facialis anterior und 2,1 cm lateral vom Mundwinkel. Man findet sie leicht in dem Kreuzpunkte zweier Linien, von denen die eine vom Mundwinkel nach dem Ansatzpunkte des Ohrfläppchens, die andere von der vorderen unteren Vereinigungsstelle der Nasenbeine nach dem vorderen unteren Ansatz des Musculus masseter am Unterkieferrand gezogen wird. Die Kreuzung beider Linien erfolgt etwa an der Grenze des unteren und mittleren Drittels der letztgenannten Linien (Fig. 2).

Die zweite Lymphdrüse lag etwa 4 mm oberhalb der ersteren ebenfalls auf der Nasenbein-Masseteransatzlinie und in dem Kreuzungspunkt derselben mit der Linie, die man vom Mundwinkel nach der vorderen oberen Ansatzstelle der Ohrmuschel ziehen kann, nahe dem unteren Rande des Musculus zygomaticus, etwa 2 cm von dem Mundwinkel entfernt. Sie war 0,3 cm lang und 0,2 cm breit. Diese Lymphdrüsen entsprechen in

ihre Lage ungefähr den von Jaboulay näher bezeichneten. Endlich fand ich auf dem Musc. buccinatorius, mehr oder weniger

Fig. 2.



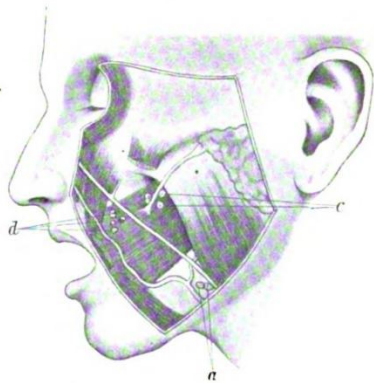
verdeckt von dem vorderen Rande des Kaumuskels, zwei Lymphdrüsen (Fig. 2 und 3 c) lateral und unterhalb der Durchbruchstelle des Ductus Stenonianus durch den Musculus buccinatorius neben einer Glandula buccalis, die hier meist dem Ductus anliegt. Sie lagen neben oder ein wenig untereinander, etwa $\frac{5}{4}$ cm oberhalb des unteren Unterkieferrandes und waren durchschnittlich 0,25—0,35 cm lang und 0,25—0,35 cm breit, ebenfalls dem Muskel locker aufliegend.

In einem Falle auch fand ich die beiden Lymphdrüsen neben und in der Höhe des Mundwinkels nicht, wohl aber etwas höher in dem oberen medialen Winkel des Musculus buccinatorius unterhalb des Musc. caninus und teils oberhalb, teils bedeckt vom Musc. zygomaticus eine Gruppe von vier Lymphdrüsen (Fig. 3 d). Sie lagen in Abständen von einigen Millimetern von einander entfernt, so dass die oberste dem oberen Rande des Musc. buccinatorius ganz nahe lag (Fig. 3). Höher oben, etwa nahe dem inneren oder äusseren Augenwinkel konnte ich Lymphdrüsen im Verlaufe der Vena facialis nicht auffinden, obwohl einige Fälle klinisch beobachtet sind, in denen dicht unterhalb des äusseren Augenwinkels Lymphdrüsen erkrankt gefunden wurden.

Will man eine nähere Bezeichnung dieser Gruppen von Wangenlymphdrüsen aufstellen, um sich schnell verständigen zu können, so würde man die Gruppe a im Gegensatz zu den unterhalb des Unter-

kiefers befindlichen Drüsen wegen ihrer Lage auf demselben zweckmässig vielleicht als *Glandulae lymphaticae submaxillares* be-

Fig. 3.



zeichnen können und ihnen gegenüber den höher oben auf dem Oberkiefer gelegenen Lymphdrüsen das Beiwort *inferiores* hinzufügen, letztere aber *Glandulae lymphaticae maxillares superiores* nennen.

Gruppe b und c wird in ihrer Lage ziemlich genau gekennzeichnet durch die Benennung *Glandulae lymphaticae buccinatoriae anteriores* und *posteriores*.

In Figur 2 ist der Ductus Stenonianus durchgeschnitten und nach oben gelegt. An der Durchbruchsstelle desselben durch den Muskel ist die Glandula buccalis eingezeichnet, welche sich fast ausnahmslos hier findet. In Figur 3 liegt diese Schleimdrüse oberhalb des Ductus Stenonianus.

Nebenbei will ich bemerken, dass sich auch nach rückwärts und nach vorn bis gegen die Oberlippe hin kleinere acinöse Schleimdrüsen auf dem Musc. buccinatorius, die *Glandulae buccales externae* finden, welche mit den Wangenlymphdrüsen nicht verwechselt werden dürfen. Die Ausführungsgänge dieser Schleimdrüsen münden mit den übrigen Schleimdrüsen auf der inneren Fläche des Musc. buccinatorius an der Wangenschleimhaut.

Es wäre erwünscht Untersuchungen über die relative Häufigkeit des Vorkommens dieser Lymphdrüsen Gruppen anzustellen; doch dürfte dies nur mit Hilfe eines grösseren Leichenmaterials möglich

sein, welches mir nicht zur Verfügung stand. Jedenfalls glaube ich nach der geringen Mühe und nach der Regelmässigkeit zu urteilen, mit der ich die eine oder die andere Gruppe dieser Lymphdrüsen gefunden habe, annehmen zu können, dass sie weit häufiger vorkommen, als man bisher geglaubt hat, und dass sie das bisherige fast völlige Uebergehen in den anatomischen Lehrbüchern nicht verdienen.

Wenn auch wohl anzunehmen ist, und die Beobachtungen der verschiedenen genannten Anatomen sprechen dafür, dass die Lage dieser Wangendrüsen keine absolut konstante ist, so werden sie sich doch in ihren Gruppen im Wesentlichen an die beschriebenen Gegenden halten. Das Gebiet der ersten Gruppe ist die äussere Fläche des Unterkiefers vor dem Musc. masseter, die zweite Gruppe liegt in der Hauptsache hinter dem Mundwinkel, die dritte Gruppe nahe der Durchbruchsstelle des Ductus Stenonianus und endlich die vierte Gruppe auf dem Oberkiefer. —

Die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen sind ihrer Aetiologie, ihrem Verlaufe und ihrem klinischen Bilde nach unter denselben Gesichtspunkten zu betrachten wie diejenigen der übrigen Lymphdrüsen. Sie werden abhängig sein von der Lage der Drüsen in der Nähe der Mund- und Nasenhöhle, deren Lymphgefässe sich in ihnen vereinigen, resp. sie werden in Mitleidenschaft gezogen werden von Entzündungsprozessen akuter und chronischer Art und weiterhin der Degeneration anheimfallen als Metastasen maligner Neubildungen im Gebiete der Wange, der unteren Augenlider, des Nasenrückens, der Lippen, der Mund- und Nasenschleimhaut.

Poncet und seine Schüler Albertin und Vigier, weiterhin Sieur¹⁾ und Arron haben etwa 40 Fälle von Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen beobachtet. Sie fanden dieselben sowohl akut und chronisch entzündlich als auch metastatisch degeneriert.

Ich sah in den letzten 2 Monaten in der hiesigen chirurgischen Klinik vier Fälle der Art.

Die Zahl aller der veröffentlichten Fälle ist noch zu klein um exakte Schlussfolgerung betreffend die Häufigkeit und Art der Wangenlymphdrüsen-Erkrankungen ziehen zu können. Nur soll hervorgehoben werden, dass etwa die Hälfte der Erkrankungen bei jugendlichen Personen bis zu 20 Jahren beobachtet wurden und dass

1) Sieur, Société des Sciences médicales de Lyon. Séances de Mai 1895.

in etwa 50% der Fälle die Wangenlymphdrüsen tuberkulös erkrankt waren.

Die akut entzündliche Schwellung der Wangenlymphdrüsen wird ätiologisch, so werden wir annehmen können, bedingt werden durch eine Infektion von entzündungs- und eiterungserregenden Mikroorganismen, die in der Haut des Gesichtes oder in der Nasen- und Mundschleimhaut Gelegenheit zur Ansiedelung gehabt haben. Je nach der Intensität der Infektion wird der Verlauf derselben ein mehr oder weniger akuter oder subakuter sein, werden die Drüsen zur einfachen Schwellung oder zur eitrigen Einschmelzung gebracht werden und werden sie weiterhin von einer entzündlichen Hyperplasie der entfernter liegenden Drüsengruppen, der submaxillaren und präaurikularen begleitet sein. Namentlich kleine Ulcerationen am Lippensaum und an der äusseren Nasenöffnung, Läsionen der Mund- und Nasenschleimhaut werden die Eingangspforte für die Noxe abgeben können. So werden die Wangenlymphdrüsen zum Beispiel im Gefolge des Erysipels, das ja so oft von der Nasenhöhle aus seinen Ausgangspunkt hat, entzündlich anschwellen können.

Sieur¹⁾ sah bei einem Manne, der an Influenza und Mandelentzündung litt, gleichzeitig in der linken Submaxillargegend und in der linken Wange zwei geschwollene Lymphdrüsen, welche nach 14 Tagen incidiert werden konnten. Die dabei weggenommenen Teile des restierenden Gewebes zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung die typische Struktur des Lymphdrüsengewebes.

Weitaus am häufigsten bilden die durch kariöse Zähne bedingten entzündlichen Prozesse des Kiefers die Ursache einer Erkrankung der Wangenlymphdrüsen, und die Abscedierung derselben kann dann ganz unter dem Bilde eines Zahnabscesses verlaufen, mit welchem sie leicht verwechselt werden. „Les abcès de cette région n'ont pas, en général, d'autre origine“ sagt Tillaux.

Bei einer Reihe von akut entzündlichen Hyperplasien der Wangendrüsen wird die Eingangspforte des schädigenden Moments nicht auffindbar sein. In diesen Fällen dürfte man ein gewisses Recht haben, von einer primären Lymphadenitis oder, wie Vigier will, von einer „Adénite génienne idiopathique“ zu sprechen.

Im Beginne des Leidens werden zunächst die betreffenden Teile der Wange leicht druckempfindlich, es bildet sich eine verhältnismässig schnell zunehmende Schwellung der Weichteile aus, durch

1) Sieur l. c.

welche die Bewegungen des Mundes behindert und eventuell schmerzhaft werden. Der umschriebene Charakter der Schwellung verliert sich dann, sie wird diffuser und ihre anfänglich teigige, ödematöse Beschaffenheit geht bald in eine sehr harte und feste Infiltration über. In diesem Stadium ist der sanfteste Druck schmerzhaft, die Bewegungen des Unterkiefers wegen der hohen Empfindlichkeit der infiltrierten Gewebe nahezu aufgehoben. Die äussere Haut ist im Beginn leicht auf der Höhe der Schwellung gerötet, erhält allmählich eine intensive Rötung, ist gespannt und glänzend. Die entzündlichen Erscheinungen sind besonders hochgradig bei den von den Zähnen ausgehenden Infektionen, wie wir dies ja zur Genüge auch von den submaxillaren Drüsenschwellungen dieser Art wissen. Hier pflegen auch meist die Allgemeinerscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Temperatursteigerungen u. s. w. mehr oder weniger heftige zu sein. Der Unterkiefer wird in solchen Fällen unbeweglich gehalten, die Lippen kaum geöffnet und die Nahrung kann nur in flüssigem Zustand eingenommen werden. In einigen wenigen Fällen mag es zum spontanen Rückgang der Schwellung kommen, in weitaus der Mehrzahl der Fälle kommt es nach etwa 6—8 Tagen zur eiterigen Einschmelzung der Drüsensubstanz, zum Abscess. Dann nimmt die hellrote Farbe der Haut einen dunkel- bis blauroten Ton an und auf der Höhe der Anschwellung ist Fluktuation fühlbar. Wird nun der Abscess geöffnet oder bricht er spontan auf, so entleert sich meist nicht viel dicker, blutgemischter Eiter. Die Erleichterung nach Ausfluss desselben ist zumeist eine recht merkliche, und die Schwellung lässt sehr bald nach. Mit dem Rückgang derselben kehrt auch die Beweglichkeit des Unterkiefers wieder, und die Heilung erfolgt im allgemeinen schnell.

Poncet beobachtete eine akute, infektiöse Schwellung der Wangenlymphdrüse bei einem 10½jähr. Kinde.

Dasselbe war bisher gesund gewesen, bot insonderheit keine Erscheinungen von Skrofulose oder einer Zahnerkrankung dar. Ohne nachweisbare Ursache bekam es ziemlich schnell eine kleine Schwellung der linken Wangengegend. Sie war vornehmlich auf der Aussenseite des Unterkiefers lokalisiert. Drei Tage später war die Haut an dieser Stelle gerötet und gespannt. Die Schwellung machte ganz den Eindruck einer Periostitis des Unterkiefers, die von den Zähnen ausgegangen war. Die Öffnung des Mundes war anfangs nicht behindert, eine genaue Untersuchung der Mundschleimhaut, sowie der Zähne konnte eine Erkrankung

1) Vigier l. c. p. 42.

dieser Teile nicht wahrnehmen. Der Druck auf die einzelnen Zähne war nirgends schmerzhaft und die Uebergangsstelle der Wangenschleimhaut auf die Alveolen war frei von entzündlichen Erscheinungen. Nach weiteren 3 Tagen hatte die Schwellung zugenommen, ihre höchste Stelle war immer in der Gegend der Aussenseite des Unterkiefers. In Chloroformnarkose wurde ein 5–6 mm langer Einschnitt in die erhabenste Stelle gemacht und ein Kaffeelöffel voll dicken Eiters entleert. Nach der Incision wurde die Wundhöhle mit der Sonde untersucht, aber keine Zahn- oder Knochen-erkrankung gefunden. 2 Tage später war die Schwellung erheblich zurückgegangen und nach 9 Tagen war volle Wiederherstellung eingetreten.

Eine akute Wangendrüsenerweiterung — Adéno-phlegmon gé-nien, forme infectieuse aiguë —, die einen intensiveren Verlauf nahm, beschreibt Albertin.

Ein Bauer von 42 Jahren kam wegen einer entzündlichen Schwellung der linken Wange in die Klinik. Er war bis dahin gesund gewesen, litt weder an Hals- noch an Zahnschmerzen, und es konnte anamnestisch eine Ursache für die Entstehung des Leidens nicht eruiert werden. Die Anschwellung hatte vor etwa 14 Tagen ohne Herpes buccalis, ohne Verletzung oder Ulceration irgend einer Art mit Schmerzen in der linken Wangengegend vor dem Musc. masseter und unterhalb der Jochbeinprominenz begonnen. Schüttelfröste wurden nicht angegeben, nur ein leichtes Unwohlsein war bemerkbar gewesen. Die Schwellung nahm dann zu, verbreitete sich über die Wange und bildete eine diffuse Infiltration, die besonders in der Linie ausgesprochen war, die man vom Mundwinkel zur äusseren Ohröffnung ziehen kann. Sie reichte nach oben bis zu den unteren Augenlidern und nach unten bis zum unteren Rand des Unterkiefers. Die Veränderungen sind auf die Wange lokalisiert. Der linke Mundwinkel erscheint halb geöffnet, die Lippen, ödematös bis zur Mitte, stehen von einander ab. Es besteht Speichelfluss und seit etwa 8 Tagen Muskeltrismus. Soweit die Mundhöhle untersucht werden kann, lässt sich ausser einer leichten Singiritis und einer Zahnfleischschwellung nichts Krankhaftes finden. Die Mundschleimhaut ist geschwollen und blass und ragt über die Zahnreihen weg. Das Schlucken ist nicht erschwert.

Es wird eine 4 cm lange Incision in die prallste Stelle parallel der angegebenen Linie gemacht und $\frac{1}{4}$ Wasserglas dicken Eiters entleert. Bei der Untersuchung der Wundhöhle findet man, dass die innere Wand des Abscesses von den Fasern des Musc. buccinatorius und der Wangenschleimhaut gebildet wird. Die Schleimhaut selbst ist frei von Ulcerationen oder Fisteln, der Unterkiefer ist intakt, man kommt weder mit dem Finger noch mit der Sonde auf kranken oder entblößten Knochen. Die Annahme, dass es sich um einen Lymphdrüsenabscess handelt, bestätigt

1) Albertin l. c. p. 272.

sich. Die entzündlichen Erscheinungen gingen bald zurück und der Pat. wurde 4 Wochen später geheilt entlassen.

Etwas weniger akut war der Verlauf einer Lymphdrüsenentzündung in der Wange, die von kariösen Zähnen ausging, in einem Falle, den Vigier als „Adéno-phlegmon d'origine dentaire“ beschreibt.

Ein 25jähr. Bauer, welcher als Soldat an einer einfachen Mandelentzündung und dann oft an Stomatitis und Gingivitis mit Zahnschmerzen gelitten hatte, bemerkte etwa 7 Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik beim Essen eine kleine Geschwulst von der Grösse einer Kleinfingerkuppe in der rechten Wange. Diese lag in der Höhe des Mundwinkels vor dem Musc. masseter, vergrösserte sich allmählich und verlor damit ihre anfänglich derbe Beschaffenheit. Die Kaubewegungen waren etwas behindert, verursachten aber keine Schmerzen. Etwa 10 Tage später wurde die mittlerweile grösser gewordene Anschwellung schmerzhaft und verschmolz mit dem benachbarten Gewebe. Es bildete sich ein Abscess aus. Die Infiltration war etwa drei Finger breit und einige Millimeter dick und schien kombiniert zu sein mit lymphangitischen Streifen. Die Submaxillardrüsen waren nicht geschwollen. Etwa 3 Wochen nach dem Beginn des Leidens punktierte ein Arzt die Schwellung vom Munde aus und erhielt eine blutige, schwach eitrig-flüssige Flüssigkeit ohne deutlichen Geruch. Als darnach die entzündliche Anschwellung zunahm und lebhafte Beschwerden machte, wurde eine erneute Punktion versucht, jedoch mit demselben Resultat. Der Kranke musste nun wegen erheblicher Zunahme der Schmerzen die Arbeit einstellen.

7 Wochen nach dem Anfang der Erkrankung bot die rechte Wange eine ansehnliche Schwellung dar, die diffus und über welcher die Haut intensiv gerötet war. Vom Unterkieferwinkel bis zum unteren Rand der Orbita liegen 4 kleine Abscesse über einander; sie fluktuieren und die Haut ist hier gelblich verfärbt. Der grösste Abscess hat die Grösse einer Haselnuss und liegt auf der äusseren Fläche des Unterkiefers in der Gegend, wo die Lymphdrüsen hier zu liegen pflegen. Das rechte Auge ist durch die Schwellung geschlossen, der Mund kann nur mit Mühe leicht geöffnet werden, das Kauen ist beträchtlich erschwert. Die Zähne sind besonders auf der rechten Seite sehr schlecht und hier besteht eine hochgradige Singivitis.

Bei der Öffnung der Abscesse fliesst eine geringe Menge Eiter aus. Das Allgemeinbefinden ist mittelmässig, Appetit fehlt, die Temperaturen sind früh 38,5° C und abends 39,5° C.

6 Tage später haben sich in der Gegend der incidierten Abscesse neue entwickelt; die Temperatur war auf 37,5° C gesunken. Auch diese

1) Vigier l. c. p. 40.

Abscesse werden entleert. Inzwischen beginnt sich am äusseren Augwinkel ein kleiner Abscess auszubilden. Schon 3 Tage nach der letzten Eröffnung sind die entzündlichen Erscheinungen merklich geschwunden. Eine Auftreibung ist fast nicht mehr vorhanden, die Hautfarbe ist nahezu normal. Endlich wird noch der kleine Abscess am Augwinkel geöffnet, und 14 Tage nach der ersten Incision war der Kranke geheilt.

Ich habe diese Krankengeschichten deswegen angeführt, um an ihnen zu zeigen, wie die Lokalisation der Anschwellung und die Lage des Abscesses, sowie der Verlauf massgebend für die Diagnose sein muss. Wenn man sich genau an die oben von mir beschriebene Lage der Wangendrüsengruppen erinnert, wird man nicht wohl fehlgehen können. Cirkumskripte Schwellungen, welche hinter dem Mundwinkel mehr oder weniger über seiner horizontalen Verlängerungslinie oder an der näher gekennzeichneten Stelle auf der äusseren Fläche des Unterkiefers auftreten, müssen den Verdacht auf eine Lymphdrüsenkrankung erwecken.

Ist die entzündliche Infiltration in diffuser Weise auf die benachbarten Teile übergegangen, so kann die Unterscheidung schwieriger werden. Immerhin giebt die Lage der höchsten und gespanntesten Stelle derselben meist noch die nötigen Anhaltspunkte für die Annahme der Drüsenaffektion. Ergänzend muss dann der Mangel klarer Symptome eines anderen Leidens hinzukommen.

Die richtige Erkenntnis der Erkrankung ist für das therapeutische Handeln zweifellos wichtig. Jedenfalls ist ein baldiger operativer Eingriff mit Rücksicht auf die subjektiven Beschwerden derartiger Kranken und auf die schnelle Heilung des Prozesses nach demselben gerechtfertigt. Die Stelle des Einschnittes wird wiederum durch die anatomische Lage der Wangenlymphdrüsen bestimmt. Endlich sichert die nach der Incision vorgenommene genaue Untersuchung der Wundhöhle die Annahme der Drüseneiterung.

Der akuten Entzündung mit ihren Endeffekten steht gegenüber die chronische Lymphadenitis, bei welcher sich die Verhältnisse in mancher Hinsicht einfacher, nach mancher Richtung aber auch schwieriger gestalten. Sie kann ätiologisch von der Tuberkulose, Lues oder Aktinomykose veranlasst sein.

Es ist wohl bloss der geringen Beachtung, welche die Wangenlymphdrüsen bisher gefunden haben, zuzuschreiben, dass bisher nur die tuberkulöse Form der chronischen Entzündung als beobachtet beschrieben worden ist. In weitaus der Mehrzahl der Fälle wird sie vom Arzte erst im vorgerückteren Stadium angetroffen, in-

dem das Bild der reinen tuberkulösen Lymphadenitis durch die Beteiligung der darüber liegenden Haut bereits wesentlich verändert ist und einer in der Haut lokalisierten Tuberkulose recht ähnlich werden kann. Es geht mit dem tuberkulösen Wangenlymphdrüsen dem Beobachter meistens ganz ebenso, wie mit denen anderer Regionen. Sie werden im Anfangsstadium der Entzündung meist nur zufällig gefunden und werden erst Gegenstand der Behandlung, wenn sie entweder eine ansehnliche Grösse erreicht haben oder in Abscedierung übergegangen sind.

Vigier hebt hervor, dass sie vor allem bei leichten Graden der tuberkulösen Infektion und meist bei hereditärer Belastung angetroffen werden. Ich beobachtete sie bei zwei leichten Fällen und bei einem recht schweren Fall.

Sehr häufig findet man zugleich eine Schwellung benachbarter Drüsengruppen, vor allem der Submaxillardrüsen. Man muss also jederzeit bei der Auffindung von hyperplastischen Wangenlymphdrüsen auch diese Gegend in das Bereich der Untersuchung ziehen. Umgekehrt wird man sich daran gewöhnen müssen, auch den Verlauf der Vena facialis anterior genau abzutasten.

Eine Reihe von zur Zeit noch offenen Fragen, über welche jetzt bei der kleinen Anzahl der beschriebenen Fälle nicht genügend Auskunft gegeben werden kann, werden zur Erledigung kommen, wenn man die Existenz von Lymphdrüsen in der Wange ärztlicherseits mehr in Rücksicht ziehen wird. Während z. B. die beobachteten Fälle dafür sprechen, dass dem männlichen Geschlechte die Mehrzahl der Erkrankungen zufällt, hat man doch den Eindruck, geleitet von der Erfahrung über die Tuberkulose der Submaxillarylumphdrüsen, dass das weibliche Geschlecht in höherem Masse beteiligt sein wird.

Die anatomischen Veränderungen dieser Drüsen nehmen bei der tuberkulösen Infektion denselben Verlauf wie bei den übrigen Drüsen. Nur scheint wegen der oberflächlichen Lage dieser Lymphdrüsen sehr bald die Haut mit ergriffen zu werden und der Charakter der Lymphdrüsentuberkulose sich mit einer tuberkulösen Infiltration der Hautschichten zu kombinieren. Nach monatelangem Bestehen, besonders wenn es zur Öffnung eines Abscesses und Fistelbildung gekommen ist, geht das Bild der Lymphdrüsentuberkulose mehr und mehr in das der Hauttuberkulose über. In solchen Fällen wird man, nebenbei bemerkt, auch histologisch wenig oder gar nichts vom Lymphdrüsengewebe mehr finden. Nur eine gewisse Begren-

zung des Prozesses, welche der Hauttuberkulose nicht eigen zu sein pflegt, eventuell Reste einer Drüsenkapsel u. s. w. lassen den Ausgang von einer Lymphdrüse wahrscheinlich erscheinen. Bestätigend muss in solchen Fällen das klinische Bild und besonders die Lage der entzündlichen Affektion wirken, welche konstant zu sein pflegen.

Als Folge der Drüenschwellung und Beteiligung der Haut an dem Prozesse kommt es in den genannten Regionen zu einer leichten, circumskripten Erhabenheit der Haut. Anfangs kaum verändert, rötet sich dieselbe später etwas und nimmt mit der Zeit eine bläulichrote, livide Färbung an. Langsam wächst die kleine Geschwulst bis etwa Mandelkerngrösse. Sie setzt sich meist mit scharfem Rande von der Umgebung ab. Manchmal greift sie auch mehr oder weniger diffus in die Nachbarschaft über. Im weiteren Verlaufe wird die äussere Bedeckung dünner. Nicht selten öffnet sich die kleine Anschwellung spontan, um eine geringe Menge eitrig seröser Flüssigkeit abzusondern und sich nach längerem Bestehen einer Fistel wieder spontan zu schliessen. Dieser Vorgang pflegt sich öfters zu wiederholen, ohne dass der Prozess zur Ausheilung kommt. Auch eine Incision pflegt keinen wesentlich günstigeren Erfolg zu haben.

So kann das Leiden monate- ja jahrelang bestehen, ohne für die Patienten mehr zu bedeuten als eine kleine Entstellung des Gesichtes, denn die Tuberkulose der Wangenlymphdrüsen neigt nicht zur Bildung grosser Lymphome. In seltenen Fällen auch kann es zur Spontanheilung kommen, wie man dies auch an den Lymphdrüsen der Submaxillargegend zu beobachten Gelegenheit hat.

Poncet beobachtete bei einem jungen Mädchen eine chronische Eiterung der Wangendrüsen mit Fistelbildung, welche 12 Jahre bestanden hatte. Die Diagnose war nicht gemacht worden, und die Allgemeinbehandlung hatte nicht zur Heilung geführt. Man brauchte nur die restierende Drüsenkapsel herauszuschälen, und nach einigen Tagen war eine vollständige Heilung eingetreten.

In einem unserer Fälle bestand die Affektion auch schon ein Jahr.

Es handelte sich um ein 8jähr. Mädchen, dessen Mutter mit 48 Jahren vor etwa 11 Monaten und dessen Grosseltern mütterlicherseits beide an Phthise gestorben waren. Das Kind selbst soll bisher gesund gewesen sein, es hatte insonderheit niemals an Augeneutzündungen oder Otitis media oder Husten gelitten. Vor etwa 1 Jahr entstand auf der rechten Wange ein kleines rotes Knötchen, das allmählich an Ausdehnung zunahm und etwa bohnergross wurde. Vor etwa $\frac{1}{4}$ Jahr brach es auf und

1) Poncet. Société nationale de Médecine de Lyon (6. Juli 1896).

es entleerte sich etwas Eiter. Seitdem floss fast stetig etwas dünne Flüssigkeit aus.

Das Mädchen ist ein hübsches, wohl aussehendes Kind und ist im übrigen ganz gesund. Die Anschwellung ist ungefähr mandelkerngross, über der Haut erhaben und liegt ca. 2 cm lateral vom Mundwinkel auf einer Linie, welche vom Mundwinkel nach dem Ohrfläppchenansatz gezogen wird. Die Haut über derselben ist gerötet, aber nur im Bereich der Anschwellung, die das Gefühl der Fluktuation giebt. Beim Öffnen des Mundes sowie bei Kaubewegungen macht dieselbe keinerlei Beschwerden (Fig. 4).

Fig. 4.



In der Mundhöhle sind keine Zeichen einer Erkrankung der Zähne oder des Unterkiefers auffindbar. An der der Anschwellung entsprechenden Stelle ist an der Wangenschleimhaut eine kleine Einziehung fühlbar. Sowohl unterhalb des Ohres als auch hinter den Kieferwinkel sind beiderseits eine Reihe kleiner geschwollener Lymphdrüsen fühlbar, ebenso beiderseits im hinteren Halsdreieck.

Die entzündliche Geschwulst wurde mit dem Unterhautzellgewebe bis auf den Musc. buccinatorius exstirpiert, die Wunde vollkommen vernäht, und nach 7 Tagen wurde das Kind geheilt entlassen.

Ein zweiter Fall unserer Klinik betraf ein 18jähriges Mädchen,

in dessen Familie keine Tuberkulose nachweisbar war. Als Kind von 7 oder 8 Jahren hat es einmal Lungenentzündung gehabt, war aber sonst immer gesund gewesen. Vor etwa 8 Wochen bemerkte die Patientin in der rechten Backe ein erbsengrosses, hartes Knötchen. 4 Wochen später wurde dasselbe vom Munde aus incidiert, ohne dass sich Eiter entleerte. Seitdem ist sie nicht behandelt worden.

Patientin ist ein grosses kräftiges, gutgenährtes Mädchen, dessen innere Organe gesund sind. Auf der rechten Wange, etwa 2 cm hinter dem Mundwinkel befindet sich ein kirschgrosser Tumor, mässig gespannt, von geröteter Haut bedeckt, deutlich fluktuierend. An der Innenseite der Wange dem Tumor entsprechend befindet sich eine linsengrosse harte Stelle. Bei Druck auf diese Stelle spannt sich der äussere Tumor stark an. Die Centralpartien der Anschwellung sind gelblich durchscheinend. Die Ränder sind wallartig aufgeworfen und hart. In der Submaxillargegend fühlt man mehrere erbsen- bis bohnen-grosse geschwollene Lymphdrüsen, sowie eine Reihe kleiner Drüsen entlang des hinteren Randes des Musc. sternocleidomastoideus. Die Geschwulst wird extirpiert und die Wunde mit 3 Suturen vollkommen geschlossen. Nach 10 Tagen wird Patientin geheilt entlassen.

In einem dritten Falle von allgemeiner schwerer Tuberkulose fand ich in der linken Wange eine hyperplastische Lymphdrüse. Es handelte sich um einen 3½-jährigen Knaben, dessen Mutter an Kehlkopftuberkulose gestorben war. Das Kind selbst hat früher oft an Augenentzündung gelitten. Seit etwa 7 Monaten hält es das Köpfchen schief und will nicht mehr laufen.

Der sehr elend und blass aussehende Knabe leidet an einer Phthise beider Lungen, an tuberkulöser Spondylitis der letzten Hals- und ersten Brustwirbel und an einer Tuberkulose der linken Fibula mit Fistelbildung. Ausser zahlreichen etwa bohnen-grossen Lymphdrüsen an verschiedenen Stellen findet man eine solche von Walnussgrösse in der linken Ellenbogengelenkgegend.

Endlich ist in der linken Wange etwa 1½ cm oberhalb des unteren Unterkieferandes vor dem Musc. masseter eine haselnuss-grosse Lymphdrüse fühlbar, die leicht verschieblich unter der Haut und nicht druckempfindlich ist. Mit Rücksicht auf die Schwere des Allgemeinleidens wird dieselbe nicht extirpiert.

Subjektiv macht die chronische Lymphadenitis der Wange keine oder nur geringe Beschwerden. Zuweilen macht eine unbedeutende aber doch fühlbare Behinderung der Kaubewegungen die Patienten aufmerksam auf das Leiden. Zumeist dürften wohl die Veränderungen in der Haut, ihre Verfärbung u. s. w. den Anlass zu einer ärztlichen Untersuchung geben, welche aus dem Mangel jeder Schmerzhaftigkeit, der langen Entwicklungsdauer und aus den begleitenden

Lymphdrüsen-schwellungen am Halse das Bestehen eines chronisch entzündlichen Prozesses konstatieren kann, dessen Lage auf eine Erkrankung der Wangenlymphdrüsen hinweist. Die Untersuchung wird sich jedenfalls auch auf die Mundhöhle zu erstrecken haben, auf das Vorhandensein von Läsionen der Schleimhaut, auf kariöse Zähne, restierende Wurzeln und auf Zahnabscesse, die eventuell dem Durchbruch nahe sind, endlich auf entzündliche Vorgänge am Kieferperiost. Und erst, wenn alle diese Affektionen ausgeschlossen werden können, wird man sicher sein, eine reine tuberkulöse Lymphdrüsen-schwellung vor sich zu haben.

Während ihres Verlaufes kann dieses Krankheitsbild Veranlassung zu mannigfachen Verwechselungen und Fehldiagnosen geben. Berücksichtigt man bei der Diagnose, dass die Farbe und die Beschaffenheit der Haut auf einen chronisch entzündlichen Prozess hindeutet, so wird man leicht eine Reihe von kleinen Geschwülsten ausschliessen können, die ebenfalls gelegentlich im Gesicht vorkommen wie z. B. Talgdrüsen-cysten, Atherome, kleine Haem- und Lymphangiome, Neurofibrome, eventuell auch Gummata und andere mehr. Aber es darf nicht unerwähnt bleiben, dass auch diese Geschwülsten manchmal mit einer Entzündung der sie bedeckenden Haut kombiniert sein können.

Von Wichtigkeit für die Diagnose ist zunächst immer die Lage der Geschwulst oder Anschwellung, weiterhin der Befund an den benachbarten Drüsengruppen, vor allem den Submaxillardrüsen, deren Anschwellung einen Hauptstützpunkt für die Diagnose der tuberkulösen Lymphadenitis abgeben muss.

Schwieriger und zuweilen wohl kaum durchführbar ist die Differenzialdiagnose zwischen fortgeschrittener tuberkulöser Lymphadenitis genae und der Tuberkulose der Wangenhaut resp. dem Skrofuloderma. Beide Affektionen werden oft verwechselt und offenbar zusammen-geworfen in dem Ausdruck skrofulöse Abscesse der Wange.

Während sie in den meisten Lehrbüchern der Chirurgie kaum erwähnt werden, findet sich in Albert's Lehrbuch eine beide Affektionen zusammenfassende Beschreibung:

„Die skrofulösen Abscesse an den Wangen, die oft Monate lang stehen, ohne aufzubrechen, sind subkutane Prozesse. Die streng umschriebene Grenze, die flach-kugelige Gestalt, die äusserst dünne, frühzeitig violette Decke, der Mangel jedes härtlichen Randes, die überraschend geringe Schmerzhaftigkeit macht sie unverkennlich. Nur in der Parotis-

1) Albert. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1897. p. 103.

gegend und gegen den Kiefferrand hin kommen auch Lymphdrüsenver-
eiterungen der Skrofulösen vor, welche daran erkenntlich sind, dass ihre
Decke nicht gleichmässig dünn ist, dass der Rand in der Regel wenig-
stens an einer Stelle härtlich ist, dass die violette Färbung lange Zeit
nur an dem wichtigsten Punkte des Abscesses sich zeigt, dass der Tumor
augenscheinlich tiefer greift, dass in der nächsten Nähe auch andere
Drüsen in einem Stadium der Schwellung oder der beginnenden eitrigen
Schmelzung sich befinden.*

Der tuberkulöse Zerfall der Haut ist aber nicht so cirkumskript,
führt frühzeitig zum Verlust der obersten Schichten der Haut, zum
Zerfall der Epitheldecke, greift diffuser in die Nachbarschaft über
und ist oft kombiniert mit ausgedehnten Geschwüren der Umgebung.
Auch auf dem Durchschnitt solcher Hautpartieen zeigt sich deut-
lich die fehlende Umschriebenheit, die der Lymphadenitis auch bei
Verlust alles typischen Gewebes noch eigen zu sein pflegt.

Unter Umständen ist die Differenzialdiagnose auch recht schwierig
gegenüber den langsam sich entwickelnden kleinen Zahnabscessen.
nach deren Aufbruch es zur Bildung einer Zahnfistel kommt. Auch
hier hebt der der Oberfläche genäherte Eiter die Haut tumorartig
empor und verändert ihre Farbe analog. Auch bei der Zahnfistel
pflegt es zum temporären Verschluss und zu öfterem erneutem Auf-
bruch zu kommen und der Krankheitsverlauf und das Krankheitsbild
ist ein ungemein ähnliches. Hier kann man aber zumeist den Fistel-
gang von der Alveole als harten Strang vom Munde aus fühlen.
Entfernt man dann die obere dünne Haut, so hat man beim Zahn-
fistelabscess den in der Mitte der inneren Abscesshöhlenwand in die
Tiefe führenden, mit Granulationen ausgefüllten Fistelgang, durch
den die Sonde dann ohne Schwierigkeit nach der Alveolenwand und
zum kariösen Zahn gelangt. Das Leiden ist gehoben und die Fistel
zur schnellen Heilung gebracht, wenn die Ursache derselben, die
schadhafte Zahnwurzel entfernt ist.

Die tuberkulöse Lymphadenitis der Wange hingegen wird leicht
und sicher beseitigt nur, wenn man alles erkrankte Gewebe sorg-
fältig entfernt, wenn man entweder ausgiebig den scharfen Löffel
anwendet oder die erkrankte Hautpartie umschneidet und dieselbe
samt dem anliegenden Drüsengewebe vollständig exstirpiert. Schliesst
man hiernach die Wunde wieder mit einigen Suturen, so ist die
Heilung in einigen Tagen herbeigeführt. Es braucht kaum darauf
aufmerksam gemacht zu werden, dass der Ductus Stenonianus bei
der Excision vermieden werden muss.

Grössere Bedeutung und ein erhöhtes Interesse gewinnen end-
lich die Wangenlymphdrüsen dadurch, dass sie nicht selten der
Sitz von Metastasen maligner Neubildungen im Ge-
sicht sind. Die kleinen langsam wachsenden Endotheliome der un-
teren Augenlider, die Cancroide der seitlichen Nasen- und Wangen-
haut, die Epitheliome der Lippen führen gelegentlich zur Schwellung
und sekundären Degeneration des Drüsengewebes. Wie wir aber die
Submaxillarymphdrüsen selbst nach jahrelangem Bestehen eines ul-
cerierten Lippencarcinoms häufig nur hyperplasiert finden, so werden
wir auch oft die Wangenlymphdrüsen nur im Stadium der entzünd-
lichen Schwellung antreffen.

Albertin und Vigier haben einige Beispiele von sekun-
därer Schwellung der Wangenlymphdrüsen mitgeteilt, bei denen die
mikroskopische Untersuchung eine maligne Degeneration der Drüsen-
substanz feststellen konnte, und zwar nicht nur in den Lymphdrüsen
auf der äusseren Fläche des Unterkiefers, sondern auch in den lateral
vom Mundwinkel gelegenen Drüsen.

Albertin sah einen 53jährigen Mann, welcher ein Epitheliom auf
der linken Seite des Nasenrückens von der Grösse eines Frankens hatte,
welches auf den linken Nasenflügel übergegangen war. Bei genauer Un-
tersuchung wurde in der Dicke der Wange eine geschwollene Lymphdrüse
entdeckt. Diese war beweglich, kirsch kerngross und lag wenig un-
terhalb einer Linie, die man vom Mundwinkel zum Ohr läppchenansatz zieht.
Es handelte sich um eine karcinomatös degenerierte Wangenlymphdrüse.

Vigier berichtet von einem 78jährigen Landwirt, welcher ein Can-
croid des Gesichts hatte. Dasselbe liegt auf der rechten Seite oberhalb
des Jochbogens, ist ulceriert, hat einen erhabenen Rand mit eitrigem
Grunde und die Grösse eines Zweifrankenstückes. Seitdem die Neubildung
ulceriert ist, hat sie an Ausdehnung sehr schnell zugenommen. In der
Submaxillargegend fühlt man eine wallnussgrosse, sehr feste Lymphdrüse,
leicht verwachsen mit dem Nachbargewebe und mit kleineren anliegenden
Drüsen. Vor dem Musc. masseter im Verlauf der Vena facialis anterior
ca. 2 cm über dem unteren Rande des Unterkiefers liegt eine erbsen-
grosse Lymphdrüse. Sie ist beweglich und scheint unter der Haut zu
liegen, wo man sie bequem exstirpieren konnte.

In einem von mir beobachteten Falle waren zwei Lymphdrüsen
auf dem Unterkiefer im Anschluss an ein Lippencarcinom hyper-
plastisch verändert.

Ein 46jähriger tauber Mann bemerkte seit 1 Jahr eine kleine An-

1) Albertin l. c. p. 273.

2) Vigier l. c. p. 80.

schwellung der rechten Unterlippenhälfte, die langsam zunahm. Sie wurde bisher mit Salben und Bepinselungen behandelt. An den inneren Organen kann etwas Krankhaftes nicht nachgewiesen werden. In der rechten Hälfte der Unterlippe liegt ein gut mandelgrosser Tumor, annähernd blumenkohlartig mit ulcerierter Oberfläche, der sich mässig derb anfühlt. Die Submaxillarymphdrüsen sind beiderseits vergrössert, erbsen- bis boh-nengross und hart. Auf der rechten äusseren Fläche des Unterkiefers liegen über einander 2 erbsengrosse, sich derb anfühlende Lymphdrüsen, die auf ihrer Unterlage fixiert erscheinen. Sie liegen hier zwischen der Arteria maxillaris externa und der Vena facialis anterior. Die Haut über den Lymphdrüsen ist verschieblich. Bei der Exstirpation des Lippen-carcinoms werden ausser den Submaxillardrüsen auch die geschwollenen Wangendrüsen entfernt. Die mikroskopische Untersuchung liess eine maligne Degeneration nicht deutlich erkennen.

Mit derselben Sorgfalt also, mit welcher wir bei malignen Neubildungen im Gesicht die Regio submaxillaris und praeauricularis auf Drüsenmetastasen zu untersuchen pflegen, wird es ratsam sein, auch die angegebenen Gebiete der Wange abzutasten. Gelegentlich wird man diese oder jene Gruppe von Wangenlymphdrüsen verändert finden und durch die Exstirpation derselben ein Recidiv, welches von ihnen ausgehen kann, rechtzeitig vermeiden.